FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André QUESNEL

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CURETTAGE INSTRUMENTAL

(LA CURETTE DE CUZZI)

Président : M. BAR, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS

A MES AMIS

29288

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE RENNES

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERTHEUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAYOT

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR FLORAND

MONSIEUR LE DOCTEUR LEGENDRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIS

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVASSU

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de Clinique Obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CURETTAGE INSTRUMENTAL

(LA CURETTE DE CUZZI)

INTRODUCTION

Le curettage a pour but d'enlever des débris placentaires plus ou moins volumineux restés adhérents à la paroi utérine. Il est aussi employé pour détruire superficiellement la muqueuse utérine plus ou moins profondément altérée par un processus infectieux.

C'est une opération fréquemment pratiquée dans les cliniques obstétricales et aussi dans les cliniques gynécologiques, elle est acceptée en principe par les accoucheurs et les gynécologues et si toutes ses indications ne sont pas également reconnues par tous, tous du moins, affirment sa nécessité dans bien des cas en même temps que son efficacité réelle.

Mais ce premier fait étant reconnu, un autre s'impose non moins frappant: la multiplicité des instruments qui sont employés. Très divers en effet, sont les modèles de curette dont on fait usage dans les services hospitaliers et plus nombreux encore

sont les modèles fabriqués et proposés pour que cette opération de pratique courante (on serait presque tenté de dire de petite chirurgie), soit faite dans des conditions telles que l'efficacité en soit réelle et les dangers nuls. La multiplicité même des formes que peut prendre cet instrument banal au gré de l'imagination des inventeurs et aussi suivant les désirs légitimes des opérateurs consciencieux démontre suffisamment qu'aucun n'est absolument parfait. C'est qu'en effet parmi ces divers instruments les uns glissent seulement à la surface des éléments qu'ils devraient arracher et enlever, d'autres arrachent non plus seulements les éléments anormaux mais aussi les éléments musculaires et sains de la paroi utérine lesquels devraient être laissés ; certains exposent facilement au danger de la perforation de la paroi utérine, danger d'autant plus réel que l'utérus est dans bien des cas particulièrement mou ; d'autres enfin permettront un curettage efficace et non dangereux des faces antérieures et postérieures mais ne présentent plus le même avantage pour le curettage des angles et du fond de l'utérus. Enfin il en est qui laisseront dans la cavité utérine des débris réellement arrachés mais qui ne seront que difficilement entraînés au dehors.

Posséder une curette permettant de réaliser complètement le but du curettage en en diminuant considérablement les dangers tel est le désir légitime de l'opérateur. Or une telle curette nous semble exister : au cours de notre passage dans le service de

M. le professeur Bar à la clinique Tarnier, nous avons été frappé de l'excellent emploi que l'on y fait d'une curette spéciale, la curette de « Cuzzi » dont les caractéristiques, fort bien étudiées, nous paraissent réduire au minimum les dangers de perforation et répondre à tous les desiderata ci-dessus exprimés.

Dans cette courte étude, nous rappellerons brièvement les indications du curettage instrumental telles que les admettent actuellement la majorité des gynécologues et des accoucheurs ; puis, de l'état de l'utérus pathologique, nous déduirons les qualités d'un bon curettage, donc d'une bonne curette.

Nous terminerons en démontrant, qu'en ce moment la curette de Cuzzi répond le mieux aux besoins de la pratique journalière, nous donnerons, à l'appui de cette thèse, des preuves théoriques basées sur l'étude des caractéristiques de cette curette et leur comparaison à celles des curettes ordinaires, mais surtout des preuves cliniques, les seules qui doivent, aux yeux du médecin, entrer en ligne de compte.

Toutes les observations que nous citons à l'appui de notre thèse on été prises, et recueillies à la clinique Tarnier sous la direction de M. le Dr Chirié, chef de clinique. à qui nous sommes heureux d'exprimer ici nos bien vifs remerciements. pour le beinveillant intérêt qu'il nous a témoigné à cette occasion.

Nous remercions également MM. les Drs Dessaigne et Ganjoux dont l'aide empressée et l'inépuisable

patience nous ont tant servi pour mener à bien ce travail.

Nous remercions tout particulièrement M. le Dr Alfonso Cuzzi, médecin assistant de la clinique obstétricale et gynécologique de l'Université de Rome, qui avec une extrême amabilité et la plus exquise bonne grâce s'est mis à notre disposition pour nous fournir des renseignements sur la genèse de son instrument et ses avantages cliniques.

Nous espérons qu'il voudra bien agréer, en témoignage de reconnaissance, l'expression de tout le bien que nous pensons de son instrument et l'espoir que nous formulons de le voir bientôt aussi répandu en France qu'en Italie.

CHAPITRE PREMIER

Histoire résumée du curettage utérin

Il semble que ce soit Récamier qui, vers 1846, après l'invention de l'instrument qui porte son nom, eut l'idée d'appliquer le curettage aux suites de couches pathologiques.

Néanmoins, malgré ses deux travaux de 1846 (*Annales de Thérapeutique*) et de 1850 (*Union médicale*) il ne paraît pas avoir été suivi, et il rencontra même de nombreux et violents contradicteurs.

D'autre part, si les Américains emploient le curettage dans la fièvre puerpérale, si Naggeroth en 1871 commence à l'utiliser systématiquement dans le traitement des accidents ports-abortifs, ce n'est guère qu'après l'apparition de l'ère antiseptique que l'on étudiera le rôle du curettage dans les rétentions placentaires et dans les métrites puerpérales ; c'est l'époque des travaux de Schenck, Munde (*American Journal of Obst.*, 57 cas, 1 décès), Macan, en Amérique ; Boéters, Fehling, Rabeneau-Dührosen, en Alle-

magne, et surtout articles nombreux et convaincus de Doléris (1886-1887).

La discussion se prolonge lomgtemps avec Hartwig, Hist, Alloway, Warringhton-Earle (Congrès de Washington 1887) en Amérique ; avec les Anglais Priessly, MacDonald, avec Morisani, Fasola, Reverdin, Chonolgorow, Prochownich, Ploonies, et atteint son maximum dans la période comprise entre 1889-1895. On en peut retrouver la trace dans la discussion soulevée à la Société obstétricale de France en 1893 par Rivière ; c'est de cette époque que datent les thèses de Flandrin, Denis Basset, Despréaux, Chartier, etc... L'excellente thèse de Marmasse en 1895 résume la question ; mais sous l'influence des idée sde son maître Tamin, Marmasse ne donne pas encore au curettage toute sa valeur dans la thérapentique de la rétention placentaire.

Depuis cette époque, les travaux portent sur des points de détail ; on se contente de préciser les indications du curettage dans les cas particuliers ; et en dehors des œuvres classiques de Pinard, Bar et Brindeau, Ribemont-Dessaigne et Lepage, nous signalerons les travaux de Bonnaire (pince-curette), de Pinard et Wallich, 1896, Chaleix, Vivie et Audebert, 1896, Pichevin, Miroschi etc...

Il suit delà qu'à l'heure actuelle dans les cliniques obstétricales et gynécologiques le curettage instrumental est fréquemment employé, parce qu'il est jugé indispensable. Quelles sont donc les grandes indications reconnues par tous à ce curettage instrumental ?

Telle est la question à laquelle nous devons brièvement essayer de répondre avant d'étudier les curettes elles-mêmes et à d'une façon spéciale la curette de Cuzzi.

CHAPITRE II

Indications générales du curettage instrumental

En gynécologie, les indications du curettage intrumental sont plus restreintes qu'en obstétrique aussi citerons-nous rapidement ces indications; les plus nettes se rencontrent dans les formes hémorragiques des métrites : métrite de la ménopause, des utérus fibromateux ; dans ces cas, le curettage, sans danger, arrête l'hémorragie pour un temps plus ou moins long.

Il donne également de bons résultats dans la tuberculose du col de l'utérus.

Dans les cancers sanguinolents et putrides, il reste encore, en enlevant les bourgeons ramollis et vasculaires, en évacuant les débris sphacilés et sanieux, l'un des meilleurs moyens de diminuer l'hémorragie, la putridité et d'assurer une diminution réelle des douleurs et souvent même une amélioration durable. D'autre part, comme temps pré-opératoire à l'hystérectomie, dans les cancers, les fibromes, les infections utérines et péri-utérines, il est souvent employé en chirurgie dans le but de diminuer les

chances d'infection ou de contamination cancéreuse au cours de l'intervention.

Mais c'est dans la thérapeutique des suites de couches et d'avortement que le curettage instrumental trouve ses indications les plus nettes, les plus formelles.

Dans l'un et l'autre cas, son indication unique est la présence de débris ovulaires dans l'utérus, mais cette indication est plus ou moins absolue, suivant la nature et la quantité de ces débris, suivant la réaction de l'utérus à la présence de ces corps devenues étrangers. Cette rétention de débris placentaires peut en effet être observée sans qu'aucun accident soit encore survenu, mais plus souvent encore les complications infectieuses ou hémorragiques seront survenues et imposeront un traitement.

1° *Rétention placentaire sans accident*

S'il y a rétention de placenta entier, la curettage ne donnerait aucun résultat, parce qu'il ne ferait que racler la surface, la délivrance artificielle s'impose ; seule la main introduite dans l'utérus peut enlever le placenta tout entier ou du moins la majeure partie de ce placenta, le curettage n'est alors que son complément.

Supposons, au contraire que le placenta ait été expulsé naturellement ou enlevé artificiellement, mais qu'on reconnaisse que les membranes soient incom-

plètes,ici encore le curettage donnerait des résultats insuffisants et même nuls, la curette déchirerait les membranes qui restent dans l'utérus,elle n'en ramènerait effectivement que quelques parties, aussi est-il alors indiqué d'introduire dans la cavité utérine un écouvillon qui beaucoup plus facilement et beaucoup mieux qu'une curette réunirait les débris membraneux pour les amener au dehors.

Mais si le placenta est reconnu incomplet, si l'on s'aperçoit par le toucher digital que des cotylédons sont restés dans la cavité utérine adhérents ou non à la paroi,alors le curettage reprend ses droits,il ne faut pas laisser volontairement dans la cavité utérine des masses, fatalement vouées à la dégénérescence infectieuse ou néoplasique ; il faut enlever ces masses placentaires plus ou moins volumineuses,et c'est seulement par le curettage qu'on obtiendra ce résultat.

Dans l'avortement la régle de conduite est presque calquée sur la précédente. Pour la rétention des membranes seules ; faire un écouvillage de façon à éviter les accidents qui pourraient survenir ; s'il y a rétention placentaire totale, faire le curage digital, ou employer une des multiples pinces à faux germe, et complèter l'intervention par un sérieux curettage, si cela est nécessaire.

S'il y a enfin rétention placentaire partielle, faire un curettage de précaution.

Telle est la ligne de conduite suivie dans un grand nombre de services des hôpitaux ; elle est indiscutée en ce qui concerne la rétention des membranes, et

la rétention du placenta ; il n'en est pas de même pour la rétention placentaire partielle sans accident.

Récemment encore, Tarnier et son école faisaient remarquer qu'il était inutile d'intervenir quand la rétention ne s'accompagnait pas d'hémorragies ou d'infection, et qu'il pouvait être dangereux d'opérer sur des utérus ramollis par l'état gravidique : inutile et dangereux, tels sont donc les deux reproches que l'on a fait au curettage dans ces cas. A ces deux reproches, nous pouvons répondre ceci :

Le curettage n'est pas dangereux, nous le verrons plus loin.

Le curettage, dans la rétention placentaire, même sans accident, est utile : la rétention est la cause essentielle des hémorragies et de l'infection, en parant à celle-là on prévient ceux-ci. Cette conduite est surtout pratique dans la clientèle hospitalière où l'on est obligé de laisser sortir les parturientes après un temps forcément limité ; en les laissant partir ainsi on s'expose à les voir revenir sous peu en pleine infection ou hémorragie.

2° *Rétention placentaire compliquée*

Hémorragie et infection, telles sont les deux complications qui surviendront fréquemment à la suite de la rétention placentaire.

Hémorragies. — Toute hémorragie prolongée répétée dans les jours qui suivent l'avortement ou

l'accouchement, sera justiciable du curettage, et il ne peut y avoir que des avantages à curetter le plus tôt possible.

Infection. — Le curettage est surtout indiqué dans les formes utérines de l'infection puerpérale, avec douleur utérine, lochies fétides et élévation thermique.

Dans l'infection généralisée, le curettage ne peut avoir la prétention d'enrayer la septicémie, il est loin cependant d'être inutile. « Tous les efforts de la thérapeutique, dit Basset dans son étude sur les formes atténuées de la septicémie puerpérale, devront être dirigés contre l'endomètre infecté qui est, suivant l'expression de M. Lagrave, le foyer de pullulations, la base d'opération des microbes ; on coupe ainsi le mal en sa racine, on prévient de nouvelles décharges microbiennes ou toxiques dans le torrent circulatoire, et comme la première était elle-même atténuée, la résistance de l'organisme suffira presque toujours à en triompher. » Mais alors même qu'on renoncerait à étendre aussi loin le champ d'action du curettage, il n'en demeure pas moins qu'il est indispensable dans les cas où l'on sait que dans la cavité utérine se trouvent des débris placentaires adhérents peut-être encore à la paroi utérine, mais qui sont infectés, fournissant un véritable milieu de cultures aux éléments microbiens. Supprimer ce milieu morbide, n'est-ce pas alors la meilleure thérapeutique de l'infection puerpérale en même temps que la plus urgente.

CHAPITRE III

Des Qualités d'un bon curettage et de celles d'une bonne curette

Toute intervention thérapeutique, qu'elle soit médicale ou chirurgicale, doit être inoffensive et utile, et le curettage doit répondre à ces deux conditions.

Le curettage doit être inoffensif. — Le gros, l'énorme danger du curettage est, ou mieux était, la perforation utérine, avec toutes ses conséquences.

Elle est sous la dépendance de trois facteurs.

L'état de l'utérus ; certes, il faudrait une violence extrême pour perforer avec la curette un utérus, non infecté, d'un avortement de quelques semaines, mais il n'en est plus de même des utérus infectés, atones, aux parois ramollies, qui n'offrent que peu de résistance à la pression : dans des utérus de cette sorte, n'importe quel instrument un peu pointu, ou manié sans ménagement, produira la perforation : cela est si vrai que Flandrin, dans sa thèse, a pu réunir autant de cas de perforation par la sonde intra-utérine que par la curette.

Mais les utérus infectés ne sont pas les seuls qui se laissent perforer avec cette facilité : les utérus flasques, inertes, fatigués par un long travail, par une grossesse gémellaire, par de l'hydramnios, devront être curettés avec la plus grande douceur.

La perforation se produit en général au moment où on introduit la curette (utérus en anté ou rétroversion) ou quand on râcle le fond, d'où la nécessité d'une grande légèreté de main dans cette région.

L'opérateur est donc, il faut bien le dire, un facteur important de la perforation, il doit être averti du danger et agir en conséquence, aller doucement et lentement, sans se laisser émotionner par l'hémorragie qui cesse avec le curettage, ni par les cris de la malade si celle-ci n'est pas anesthésiée.

La forme même de la curette peut être une cause de perforation.

On comprend facilement que la paroi utérine offrira bien moins de résistance à une curette dont le sommet est sinon pointu, du moins très étroit, qu'à une autre dont la cuiller, large et mousse, arrondie, n'entrera en contact avec l'utérus que par une large surface.

Donc la curette qui exporera le moins à la perforation devra remplir ces conditions : avoir une cuiller large, arrondie, dont l'arête curettante soit dirigée parallèlement à la paroi utérine et non pas obliquement à cette paroi.

Le danger de la perforation n'est pas le seul

reproche que l'on aie fait au curettage ; on lui a reproché, en mettant à nu les couches musculaires de l'utérus, en ouvrant les lymphatiques sous-muqueux et les sinus veineux, de favoriser la dissémination de l'infection.

Une bonne curette devra donc être mousse, ou du moins peu tranchante.

Les curettes tranchantes en effet n'enlève pas seulement les débris placentaires et la muqueuse, elles entament facilement la musculeuse. Dans une observation consignée dans la thèse de Marmasse, nous trouvons l'histoire d'un curettage fait par Tarnier pour une fièvre puerpérale ; les produits de de raclage examinés par le professeur Cornil montrèrent qu'il n'y avait dans ces produits que des fibres musculaires et pas de muqueuse. Il est certain qu'un curettage fait avec cette énergie dans un utérus infecté n'est peut-être pas sans danger, tout au moins vis-à-vis des portes ouvertes à l'infection.

Avec la curette mousse au contraire,il n'y a aucun danger de dépasser la muqueuse ; elle ne saurait entamer la musculeuse trop résistante, ni ouvrir par conséquent les sinus veineux : une bonne curette devra donc être peu tranchante.

On a accusé la curette mousse de ne pas assez mordre sur la muqueuse, de glisser sur elle ou sur les fragments de membranes, et pour remédier à cet inconvénient,sans avoir les dangers de la curette coupante, on inventa la curette dentelée.

Les curettes dentelées sont construites sur le modèle

de la curette classique ou, plus souvent, ont leur cuiller fenêtrée.

Tantôt les dents sont simplement situées sur la crête agissante de la curette, tantôt elles se prolongent par une série d'arêtes à l'intérieur de la cuiller (curettes dentelées et fenêtrées, curette de Doléris).

Elles ont toutes le même inconvénient, leurs dents pénètrent profondément dans la muqueuse, et quoique mousses, en raison de leur forme aiguë, elle entrent trop profondément, augmentant ainsi les risques d'infection, de lésion de la musculeuse, d'ouverture des sinus ; au contraire, entre les dents, la muqueuse est moins bien saisie par la curette, d'où un curetage inégal, en raies verticales, qui peut laisser des fragments de muqueuse.

La curette mousse peu tranchante, à bord régulier et lisse a donc nos préférences.

Le curettage doit être utile et, pour être utile, total. — La curette doit décoller tous les débris placentaires, gratter toute la muqueuse.

Pour ce faire, encore, et pour aller vite, elle doit avoir une zone d'action aussi large et aussi régulière que possible : les curettes dentelées ne réalisent pas cette condition.

Elle doit aller jusqu'à la musculeuse, jamais plus loin. Enfin elle doit aller partout :

Les grosses et larges curettes, curettes de Wallich, de Reynier par exemple abordent largement les faces utérines, les bords même, mais la diffi-

culté commence quand il faut en arriver au fond et aux angles.

Elle ne peuvent, à cause de leur volume s'insinuer jusqu'aux cornes utérines,et aller y chercher les derniers fragments de muqueuse ou de placenta : et pourtant il est de toute nécessité, sous peine de voir récidiver les accidents qui ont obligé à faire le curettage, que ce curettage soit *total*, c'est une condition, presque *sine qua non*, du succés.

On tourne ordinairement la difficulté en retirant la grosse curette pour la remplacer par un modèle plus petit. Le professeur Pozzi a, dans ce but, construit une curette double, dont l'une des cuillers sert pour les angles l'autre pour les faces, mais cette dernière n'est pas assez large. Nous avons vu le danger des petites curettes, et nous rappelerons simplement que le maximum de chances de perforation coïncide précisément avec ce curettage des angles et du fond.

L'idéal serait donc d'avoir une grosse curette qui, avec les caractéristiques que nous avons énumérées dans les paragraphes précédents, aurait encore l'avantage de pouvoir s'insinuer dans les angles et sur le fond utérin sans les à-coup que l'on a fatalement avec les curettes classiques.

Le problème semble avoir été résolu, et nous le démontrerons plus loin par l'étude détaillée de la curette de Cuzzi et de son emploi.

La curette doit-elle avoir une cuiller creuse ou pleine ?

La curette à cuiller pleine a l'avantage de ramener jusqu'au col et même jusqu'à l'extérieur, les débris qu'elle a gratté (curette de Récamier, de Pozzi, de Reynier, de Wallich...)

Mais, elle a l'inconvénient de ne plus agir quand ces débris très abondants ont rempli la cuiller.

La curette fenêtrée au contraire (de Sims, de Bouilly, de Reverdin, de Doléris, d'Auvard etc...) n'est jamais chargée et conserve son efficacité du haut en bas de la ligne de grattage.

Nous verrons plus loin pourquoi, nécessairement la curette de Cuzzi a une cuiller pleine.

Enfin, certains inventeurs on ajouté à la curette un système d'irrigation de l'utérus pendant l'intervention, le procédé très simple consiste à amener à l'extrémité du manche de l'instrument le caoutchouc d'un bock dont le contenu s'écoule dans l'intérieur creux de ce manche, puis dans la tige, pour sortir à la partie inférieure de la cuiller.

Ce dispositif est ingénieux, mais ne s'impose pas, car,même avec une curette injectrice, on fait le plus souvent suivre l'opération d'injection intra-utérine avec l'un des nombreux modèles de sondes dilatatrices, mieux adaptées à ce but.

En étudiant comment devait être fait un curettage vraiment efficace et non dangereux, nous avons en même temps montré les inconvénients présentés par les divers modèles de curettes et il serait inutile d'en faire maintenant une longue description, ayant

reconnu que certains de ces modèles serait utilement employés dans certains cas,nous devons simplement étudier le modèle qui se rapproche le plus exactement des conditions exigées d'un bonne curette.

CHAPITRE IV

La Curette de Cuzzi

Avons-nous, dans notre arsenal obstétrical classique, une curette qui réalise les conditions ci-dessus imposées? et que nous nous permettrons de rappeler:

Curette à cuiller large, à sommet arrondi, à crête mousse, enlevant tout et allant partout.

Nous avons des curettes très bien comprises qui répondent à ce signalement, sont larges, arrondies et mousses, l'une des plus employées, la seule que nous étudierons ici est la curette à Wallich. Sa cuiller est piriforme à grosse extrémité terminale s'amincissant progressivement jusqu'à la tige de l'instrument. Il en existe deux modèles, le petit à 52 millimétres de longueur de cuiller, 18 millimètres de largeur maxima. Son extrémité est inclinée du côté du creux de la cuiller, de façon qu'elle arrive au contact du fond, par la convexité de la cuiller, et non par son bord.

C'est actuellement, avec les curettes du même type, celle qui se rapproche le plus du schéma idéal. Avec elle on a le minimum de danger de perforation.

Mais son emploi nécessite fatalement comme complément, l'usage de curettes spéciales pour les angles, et d'un écouvillonnage.

Frappé de ces inconvénients des curettes classiques, M. le professeur Cuzzi essaya d'y remédier et y réussit en combinant l'appareil qui porte son nom.

La curette de Cuzzi représente la curette à cuiller ovale ordinaire dont l'extrémité est relevée et arrondie et dont les bords sont très mousses (Fig. 1).

Jusque là, c'est donc la curette primitive de Récamier un peu plus longue que celle-ci. Mais la modification essentielle consiste en ce que « sur le dos de la curette sont marquées des crêtes mousses à égale distance de telle sorte que l'on peut enlever les débris ovulaires aussi bien avec le dos de la curette qu'avec la face antérieure » (Cuzzi) l'ensemble représente une sorte de rape très douce (fig. II et III). Les dimensions de cette curette sont les suivantes :

Longueur totale.....	31 centimètres
Longueur de la cuiller.....	5 centimètres
Largeur maxima.....	2 centimètres
Nombre des crêtes.....	23
Distance d'une crête à l'autre..	4 millimètres au sommet.
	3 millimètres aux extrémités.

Nous laissons la parole à M. le professeur Cuzzi ; lui-même pour nous expliquer les idées qui l'ont guidé dans la construction de cet instrument et les

avantages qu'il y trouve. Dans un article publié dans le Centralblätt für gynäkologie, 1909, M. le professeur Cuzzi écrit ce qui suit :

« Les principaux avantages de cette modification consistent en ce que, d'une part, la sécurite de l'opérateur est bien plus grande, car la paroi utérine présente un bien plus large contact que lorsque l'attaque se fait par le bord de la curette ; en outre, je crois qu'il est préférable de râcler avec la face convexe de la curette qui enlève bien mieux les débris au fond et dans les angles tubaires, car à la convexité même de l'utérus répond une convexité analogue et il facile de nettoyer le fond par des manœuvres appropriées et sans force. »

Par l'intermédiaire de notre excellent ami M; le Dr Bienvenue, M. le professeur Cuzzi a bien voulu nous répondre et préciser lui-même son article.

« Je puis vous dire, nous écrit-il, que l'usage de la curette est systématique dans notre clinique (Clinique obstétricale et gynécologique de l'Université de Rome). Dans tous les cas, soit d'avortement incomplet, soit de rétention de débris ovulaires, et enfin elle est employée avec des résultats très satisfaisants surtout dans les cas où l'on juge utile de ne pas pratiquer un curettage profond ; ou bien dans les cas de minceur anormale de la paroi utérine dans lesquels il serait imprudent et souvent dangereux d'employer les curettes communes à bord tranchants.

J'estime encore utile d'employer ma curette lorsqu'on veut être bien sûr d'avoir vidé complètement

la cavité utérine et surtout d'avoir nettoyé les coins de la cavité à l'insertion des trompes...

Jusqu'à présent aucun inconvénient n'a été signalé résultant de l'emploi de la curette ; au moins je n'en connais aucun et pour moi cela est bien assez lorsque l'on pense qu'avec ma modification j'ai au moins obéi au vieil aphorime chirurgical *Primum non nocere...* »

En effet, c'est là, la principale caractéristique de la curette de Cuzzi et nous ne pouvons nous empêcher bien qu'elle sorte un peu de notre cadre de donner l'observation suivante qui provient de la clinique Tarnier et met bien en lumière les dangers du curettage aux quels on peut parer avec la curette de Cuzzi.

Il s'agit d'un curettage pratiqué avec la curette de Cuzzi pour un néoplasme envahissant du col ayant déjà pris les culs-de-sacs.

OBSERVATION I (247)

X..., blanchisseuse, trente-quatre ans, vient consulter à la clinique Tarnier pour violentes douleurs abdominales et pertes d'eau rousse fétide ;

Depuis cinq mois, elle a beaucoup maigri et est très fatiguée. Il y a un mois, elle a eu une forte hémorragie avec caillots, soignée à Saint-Louis ; puis envoyée en convalescence au Vésinet, les douleurs n'ont fait qu'augmenter et les pertes deviennent de plus en plus fétides.

A l'examen, écoulement ichoreux et fétide ; au toucher, bourgeon néoplasique du col ulcéré ayant envahi les deux culs-de-sac vaginaux et probablement le petit bassin.

La femme souffre dans le bas-ventre avec irradiations dans la cuisse droite, pas de douleurs osseuses, ganglions petits et durs dans les deux aines.

9 février. — M. le professeur Bar examine la malade ; le col n'existe plus, on entre dans une infractuosité remplie de grosses masses bourgeonnantes.

14 février. — Curettage avec la curette de Cuzzi, odeur extrêmement fétide ; pas d'incidents, tamponnement.

15, 16 et 17 février. — Il s'écoule du sang noirâtre d'odeur fétide ; on fait des injections au sulfo-bore.

18 février. — Les lochies sont moins abondantes mais, plus fétides.

20 février. — Il ne s'écoule plus de lochies mais, l'odeur persiste.

Jusqu'au 26, on continue le même traitement ; puis la malade est envoyée aux incurables.

On sait combien il est facile dans ces cas de cancer végétant de perforer les tissus mous, si friables de l'utérus d'autant plus qu'on n'est guidé le plus souvent par aucune résistance dans ces tissus envahis par le cancer. On voit donc combien il est précieux dans ces cas d'avoir un instrument de toute sécurité qui n'enlèvera que les bourgeons néoplasiques, laissant intacte la paroi, si mince soit-elle de l'utérus.

Mais ce n'est là qu'un usage tout à fait rare de la curette, aussi ne faisons-nous que le signaler en passant et sans insister. Sa véritable utilité, d'après M. le professeur Cuzzi lui-même, telle qu'elle ressort de la pratique de la clinique

Tarnier, se trouve surtout dans les avortements avant le cinquième mois avec rétention plus ou moins complète du placenta.

Telle est, par exemple, l'observation suivante qui pourrait être prise comme type des cas où son emploi s'impose dans la rétention placentaire.

OBSERVATION II (373)

Rupture prématurée des membranes. — Rétraction de l'anneau de Bandl. — Décollement de l'œuf. — Rigidité du col.

Secondipare, entre à la clinique Tarnier le 25 février 1911.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 1er octobre, règles identiques à celles des mois précédents ; aucun écoulement sanguin depuis cette époque.

Depuis quinze jours, trois semaines, la malade perd un peu en blanc.

Le diagnostic étant hésitant, on garde la malade pendant quelques jours et on élimine le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche pour s'arrêter à celui d'une grossesse avec excès de liquide formant poche à gauche.

7 mars. — Elle revient à la consultation : utérus volumineux, tendu ; on entend les bruits du cœur.

10 mars. — La malade perd les eaux mais ne veut pas rester à la clinique.

13 mars. — Elle rentre à la clinique avec une main fœtale pendante à la vulve.

C'est la main gauche ; il y a présentation de l'épaule

gauche, dos en avant, tête à droite, quelques battements du cœur à droite.

L'orifice externe serre le bras et le cordon du fœtus, mais permet au doigt de pénétrer dans le canal cervical qui est très long formant un anneau rétréci.

M. le professeur Bar décide d'introduire un ballon et de préparer une embryotomie.

La rigidité de l'orifice est telle qu'on ne peut introduire le ballon.

A 7 heures, M. Bar constate l'existence d'un canal cervical long et rigide avec anneau supérieur extrêmement serré.

Le fœtus n'étant pas très volumineux, on pratique une césarienne vaginale.

Il s'agit d'une grossesse gémellaire avec deux fœtus petits.

L'opération se fait facilement ; on pratique la délivrance artificielle, mais le placenta ne se décollant qu'avec peine, on pratique le curage digital qui ramène de nombreux débris puis le *raclage avec la curette de Cuzzi* et l'écouvillonnage à la compresse. Injection iodée, tamponnement à la gaze peroxydée.

Dans les jours qui suivent, des phénomènes fébriles apparaissent. Pensant qu'il est resté quelques débris placentaires.

18 mars. — Après anesthésie, on refait un nouveau curettage à la curette de Cuzzi et l'on ramène de *nombreux débris* placentaires. Lavages de la cavité utérine, les lochies restent encore quelque peu fétides pendant quatre ou cinq jours.

La température qui était de 40°2 le 17 au soir tombe à 39 le 18, à 37 le 20. La femme sort guérie le 29 mars.

Dans cette observation nous avons tous les éléments d'appréciation. Il s'agit d'une rétention placentaire avec infection limitée. La délivrance artificielle a été pénible, le curage digital, même suivi d'un curettage instrumental a été insuffisant, à cause des conditions toutes particulières dans lesquelles il a été pratiqué. Mais le 17 mars, alors que *nous sommes en pleine infection*, puisque la température a été jusqu'à 40°2, le curettage est complet avec la curette de Cuzzi, suffisant puisque la température est tombée le jour même à 39 degrés et dès le lendemain à 37 degrés. Il n'a pas été dangereux, puisque aucun frisson n'est signalé, aucune complication n'a suivi et la malade est sortie guérie en huit jours *après une infection en somme grave.*

La curette de Cuzzi a donc les avantages d'une grosse curette mousse : elle est agissante et inoffensive.

Agissante, elle l'est, non seulement par sa face concave mais par son dos qui rabote à la manière d'une râpe la face antérieure de l'utérus pendant que l'on curette la face postérieure ; cette série de crêtes agit à la manière d'un énergique écouvillon avec lequel on ramone sans inconvénient ni danger, la cavité utérine. Elle a, sur les classiques écouvillons de soie de porc, l'avantage de moins exposer à l'infection des couches profondes, de faire un écouvillonnage régulier et plus facilement méthodique.

L'emploi de cette curette supprime celui de curettes spéciales pour les angles : ceux-ci sont en effet inabordables aux grandes curettes ordinaires, comme elles

le sont à la face concave de la curette de Cuzzi ; mais, le dos râpeux de celle-ci s'insinue au contraire facilement dans les angles en écartant, par sa surface convexe, les bords et le fond concave de la cavité utérine.

Nous avons donc là, semble-t-il, l'instrument idéal qui en lui seul résume les avantages d'un triple outillage, la grosse curette, la petite et l'écouvillon. Cette simplification a bien son importance quand il s'agit de combiner un matériel d'urgence, simple, réduit, et facilement nettoyable et aseptisable.

Le professeur Cuzzi n'a pas cru devoir combiner aux avantages de sa curette ceux de l'irrigation continue ; le manche et la tige creuse de ces curettes sont difficiles à nettoyer et pour ces instruments destinés à agir au milieu septique, c'est là un gros inconvénient.

Par la forme même du dos de la cuiller, il n'a pu fenêtrer sa curette, ce qui lui eut fait perdre ses avantages.

Telle qu'elle est, cette curette paraît donc actuellement l'une des meilleures, et même la meilleure que possède actuellement les gynécologues et les accoucheurs. Ce n'est pas à dire qu'elle soit parfaite et elle a encore quelques inconvénients.

Le plus considérale, et le seul sur lequel nous insisterons est son volume.

Certes, elle entrera facilement dans le col béant des gros utérus infectés à la suite d'accouchement à terme, mais il n'en sera plus de même des utérus

avec avortements des premiers mois, chez une primipare par exemple : dans ces cas il faudra recourir à la dilatation, introduire la série des bougies de Hégar : dilatation pénible, douloureuse, qui peut nécessiter l'anesthésie ; on fait ainsi courir à la malade de nouveaux risques, l'intervention se complique et perd, par suite, de sa bénignité et de son inocuité habituelle.

En réalité, il s'agit là d'une objection plus spécieuse que réelle, car il serait très facile d'établir sur le modèle ordinaire de la cuvette de Cuzzi, un type plus petit réservé à ces cas.

Les indications de l'emploi de la curette de Cuzzi sont tous ceux du curettage instrumental. A la clinique Tarnier, on a limité son emploi aux interventions pour des avortements de plus de trois mois ou à celles portant sur des utérus mous et très infectés. Mais il n'y aurait, nous semble-t-il, que des avantages à généraliser définitivement son emploi, sa supériorité sur les autres instruments s'affirmant aussi bien dans un cas que dans l'autre.

La technique habituelle du curettage ne se trouve en rien modifiée par l'emploi de la curette de Cuzzi. Toutefois, pour le curettage du fond de l'utérus et des angles, on n'emploiera que le dos de l'instrument. Une fois le curettage général terminé, on fera la révision de toute la surface utérine avec le dos de la cuiller, cette manœuvre, véritable écouvillonnage est destiné à enlever tous les minuscules

débris qui auraient pu rester adhérents après le premier temps.

Naturellement, on ne modifiera pas les compléments ordinaires, l'injection intra-utérine, l'attouchement à la teinture d'iode ou à la glycérine créosotée, le drainage à la mèche ou au drain.

Dans les observations que nous allons donner maintenant, et qui toutes proviennent de la pratique de la clinique Tarnier de 1910 à 1912, nous avons essayé d'établir un classement suivant la prédominance de l'hémorragie ou de l'infection ou de la rétention placentaire. Mais nous tenons à faire remarquer que cette classification est évidemment toute arbitraire ; dans la pratique hospitalière on observe peu de femmes venant uniquement pour l'un ou l'autre causes : les cas sont toujours complexes.

Cette classification a, du moins, l'avantage d'être commode, d'apporter un peu de clarté dans notre travail et de montrer plus facilement que la curette de Cuzzi répond à tous les cas.

Si nous voulons résumer en quelques lignes l'intérêt de ce travail, nous dirons que le curettage instrumental est une opération simple et bonne, dont les indications sont de plus en plus larges et de plus en plus précises, la technique de plus en plus sûre. Sans supprimer le curage digital, l'écouvillonnage, les lavages utérins, elle les aide, et les remplace dans certaines circonstances. Les quelques dangers qu'il présentait sont dûs à une mauvaise technique ou à une mauvaise instrumentation, et nous trouvons,

dans la curette de Cuzzi un excellent instrument, pratique, maniable, utile, surtout dans la rétention de débris ovulaires à la suite d'avortement, et que, peut-être, une légère modification permettrait d'employer dans un champs beaucoup plus vaste.

OBSERVATIONS

I

Hémorragies post-abortum

OBSERVATION III (1678) (1)

Avortement de six semaines fait en ville. — Abondantes hémorragies par rétention placentaire

Primipare âgée de vingt-huit ans. Réglée à l'âge de quinze ans. A eu ses dernières règles du 15 au 18 août 1911 sans signes autres de grossesse. Ni vomissements, ni nausées, ni somnolence, etc...

7 octobre. — Elle constate une légère hémorragie. Le sang est d'abord liquide, puis l'hémorragie augmentant, s'accompagne de caillots. Le repos au lit, les injections vaginales chaudes ordonnées par un médecin, n'amènent aucune sédation. La femme n'avoue d'autre cause à ces hémorragies

---

1. Le numéro d'ordre (1678) que l'on trouvera à la suite du numéro de rang de l'observation correspond au classement porté sur les registres de la clinique Tarnier. Nous en profitons pour remercier encore M. le Dr Gaujoux de l'aide précieuse qu'il nous a apportée dans la recherche et le relevé de ces observations.

que des contrariétés d'ordre privé. On ne trouve aucune trace de manœuvres.

Elle n'entre que le 30 octobre à l'hôpital. On constate que le col est un peu ouvert, l'utérus plus volumineux que d'habitude. A l'intérieur des débris de muqueuse.

Le currettage est décidé.

1er novembre. — A 8 heures du soir on place une laminaire.

Le lendemain, 2 novembre, anesthésie chloroformique.

La dilatation étant suffisante, on pratique le toucher intra-utérin, et on trouve sur la face postérieure une petite masse du volume d'une noix adhérente en un point.

On détache cette adhérence et on attire au dehors la masse qui est un œuf d'environ un mois dont l'évolution est arrêtée depuis plusieurs semaines.

On introduit alors la curette de Cuzzi et on curette successivement les différentes faces et bords où restent des débris muqueux en assez grande abondance. Tamponnement intra-utérin à la gaze péroxydée.

3 novembre. — Tampon enlevé à 3 heures.

La malade sort sur sa demande en bon état le 9 novembre.

Cette malade n'a jamais eu de température.

Cette observation appelle deux remarques, qui viennent à l'appui de ce que nous avons déjà signalé.

C'est d'une part, les dangers de cette rétention *placentaire sans iufection*, mais se traduisant par des hémorragies profuses, que fort heureusement dans ce cas on a pu contrôler à temps.

C'est d'autre part le fait que l'ablation de l'œuf par le curage digital, et même si on l'eût faite avec une pince à faux germes n'eût pas été suffisant, et seul le raclage de la cavité utérine a amené son nettoyage complet. Ce qui en témoigne c'est la rapidité des suites opératoires.

OBSERVATION IV (1805)

Hémorragie par rétention placentaire. — Curettage

Femme âgée de trente ans à sa sixième grossesse.

Entre à la clinique le 24 novembre 1911 parce qu'elle a d'abondantes pertes sanglantes qui durent depuis deux mois, à la suite d'une fausse couche de deux mois.

L'une de ces hémorragies, plus forte, a duré cinq jours. Depuis lors diminution de l'hémorragie qui persiste néanmoins sous forme de quelques gouttes quotidiennes.

Examen. — Utérus augmenté de volume, col ouvert à l'orifice externe permettant l'introduction du doigt. Rien aux annexes que l'on sent cependant de chaque côté, mais non douloureuses.

L'avortement semble accidentel.

On commence par le repos et l'expectation, puis le 26, dilatation du col aux bougies de Hégar sous anesthésie chloroformique. Curettage à la curette de Cuzzi ramène des débris placentaires. Passage à la teinture d'iode ; pas de tamponnement. Guérison.

Sort le 5 décembre.

OBSERVATION V (1814)

Hémorragie placentaire par rétention. — Curettage. Guérison

Secondipare âgée de trente ans, femme de ménage. Première grossesse à terme en 1902.

Entre à la clinique le 27 novembre à 9 heures du matin dans un état grave,

Femme anémiée. Muqueuses complètement décolorées. Pouls 128, température 36 degrés.

On commence par réchauffer la malade et lui faire 250 centimètres cubes de sérum.

Son histoire est la suivante :

Dernières règles au mois d'octobre.

14 novembre. — Elle est prise de pertes de sang peu abondantes, mais persistantes qui deviennent subitement plus considérables le 24 novembre.

Depuis ce moment l'hémorragie persiste, sang liquide et caillots.

M. le professeur Bar examine la malade et décide l'évacuation de la cavité utérine.

Anesthésie chloroformique : curettage avec la curette de Cuzzi qui ramène de nombreux débris placentaire. Iodage. Tamponnement utéro-vaginal.

28 novembre. — Enlèvement du tampon.

Suites normales. On remonte l'état général par des injections de cacodylate de soude et la malade sort parfaitement guérie le 10 décembre.

OBSERVATION VI (1815)

Hémorragie par rétention placentaire

Secondipare, vingt et un ans. Dernières règles le 25 septembre 1911.

Hémorragie brusque le 1er novembre en descendant du train.

Injections chaudes, repos. L'hémorragie s'arrête momentanément pendant les trois semaines que la malade reste au repos.

25 novembre. — Nouvelle perte de sang abondante, elle entre à la clinique Tarnier.

Expectoration, puis on se décide à évacuer la cavité utérine.

9 décembre. — Trois laminaires sont posées.

10 décembre. — Anesthésie ; curettage à la curette de Cuzzi ramenant quelques débris de placenta. Iodage. Pas de tamponnement. Pansement vulvaire.

La température qui était de 38 degrés, le jour du curettage tombe à 37°4, le 12 à 37 degrés.

Pas de nouvelles hémorragies.

21 décembre. — La malade sort en bon état.

OBSERVATION VII (1620)

Rétention placentaire. — Hémorragie. — Curettage.

Femme âgée de trente-trois ans, dernières règles en juillet

quatrième grossesse,entre le 14 octobre 1911 à la clinique, il y a quinze jours elle s'est fait 2 injections au savon noir à la suite desquelles elle commence à perdre un peu.

22 octobre. — Hémorragie abondante qui oblige la malade à prendre le lit.

23 octobre. — Elle veut se relever,perd un caillot et tombe en syncope. Depuis lors l'hémorragie continue. Elle est amenée à quatre heures dans un état grave ; facies pâle, bouffi, lèvres décolorées, pouls petit, incomptable, température 35°

On lui fait des injections d'huile camphrée, 500 grammes de sérum ; on la réchauffe.

A l'examen. — Col déchiqueté, orifice interne paraissant fermé, utérus dur.

Dilatation et curage digital. Puis curettage qui ramène des débris placentaires et ovulaires. A la partie antérieure de l'utérus,on trouve une masse rugueuse,saillante, correspondant à l'insertion placentaire mais dont on ne peut rien détacher,injection, iodage etc.., à 7 heures le pouls est bon ; température 37°, suites normales, sort en bon état le 1er novembre, mais toujours un peu pâle.

OBSERVATION VIII (1119).

Rétention placentaire. — Hémorragie. — Curettage. — Guérison.

Secondipare, âgée de vingt-deux ans, dernières règles du 8 au 12 mai, entre à la clinique le 25 juillet 1911, il y a huit

jours,aurait perdu une grande quantité de sang avec caillot. Le jour même de son entrée, hémorragie abondante, température 37°2, pouls 96.

Examen. — Ventre très douloureux, dilatation, 5o centimes, on sent quelque chose dans le col, sous anesthésie M. Dessaigne retire facilement le placenta à l'aide de la curette de Cuzzi, écouvillonnage, iodage, tamponnement. Suite normale, sort guérie le 2 août.

OBSERVATION IX (1373)

Rétention placentaire. — Hémorragie. — Currettage. — Guérison. —

Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans à sa seconde grossesse, les dernières règles datent du mois d'avril.

12 juillet. — Elle a fait un avortement de deux mois et demi environ. La délivrance fut faite le lendemain par un médecin. Depuis lors elle perd toujours.

5 août. — Pertes abondantes qui l'obligent à garder le lit pendant le mois d'août avec des injections chaudes matin et soir.

4 septembre. — Elle vient consulter à la clinique Tarnier. L'utérus est un peu gros ; retroversion tres accentuée.

8 septembre. — Anesthésie, curettage à la cuiette de Cuzzi qui ramène des débris, badigeonnages, à la teinture d'iode, suites normales, sort le 19 septembre en bon état.

OBSERVATION X (376)

Rétention placentaire. — Hémorragie. — Curettage. — Guérison.

Femme de trente-quatre ans. entre le 14 mars 1912. Elle a eu 11 grossesses dont 3 gémellaires et 5 seulement à terme.

En 1911, a eu un avortement suivi de plusieurs curettages.

Actuellement dernières règles du 8 au 10 novembre.

23 février. — Refait une chute suivie de douleurs et d'une abondante hémorragie de sang et de caillots. A son entrée elle perd encore du sang et des caillots assez abondamment.

A l'examen. — Utérus volumineux contient des caillots et des débris placentaires, température, 37°9 le poul est bon.

On décide un curettage,le col étant facilem ent perméable.

Le curettage fait à la curette de Cuzzi ramène des débris placentaires assez volumineux qui adhérait encore dans la corne gauche.

On passe ensuite une compresse iodée.

Après le curettage, le poul s'élève à 110 avec menaces de syncope. On fait du sérun et de l'huile camphrée. Le pouls redevient bon. La malade sort le 21 en bon état.

OBSERVATION XI

Avortement. — Rétention placentaire. — Hémorragies. — Curettage. — Guérison.

Femme âgée de vingt-neuf ans ayant eu 3 grossesses et 3 fausses couches.

Dernières règles au mois d'octobre.

Par deux fois, elle se fait des injections d'armoise. La fausse couche ne se faisant pas, et perdant seulement un peu de sang rouge elle vient consulter à la clinique. On lui ordonne le repos et quelques injections au permanganate.

2 décembre. — Hémorragie abondante, subite, pas de caillots. Depuis, elle perd toujours un peu.

11 décembre. — Nouvelle perte abondante à 6 h. 1/4. La malade est apportée à la clinique.

Pouls petit à 80° température 37°. Femme pâle, anémiée. Le vagin est plein de caillots.

L'orifice du col est dilaté, l'orifice interne laisse à peine passer l'extrémité du doigt. L'utérus est gros comme le poing.

12 décembre.— Curettage. Le col est facilement perméable; la curette de Cuzzi ramène des caillots, des débris de muqueuse et de caduque sans odeur. Iodage, tamponnement. Après le curettage, température 37°2.

Suites normales; sort guéri le 23 décembre.

OBSERVATION XII (1746)

Avortement.— Hémorragie. — Curettage.— Guérison.

Primipare de vingt-deux ans entre le 15 novembre 1911.

Dernières règles du 5 au 9 août 1911.

14 septembre. — Douleurs.

15 novembre. — Expulsion spontanée à 8 heures du matin d'un embryon et d'un placenta du poids de 130 grammes.

A son entrée, femme non anémiée, température 37°9; pouls 128. Perd abondamment.

Curettage d'urgence sous anesthésie avec la curette de Cuzzi, ramène quelques débris de caduque.

Nettoyage de la cavité utérine: tamponnement intra-utérin.

16 novembre. — Ablation du tampon ; température 37 degrés ; pouls 82.

Suites normales. — Guérison. Sort le 26 novembre.

OBSERVATION XIII

Avortement. — Hémorragie. — Curettage. — Guérison.

Primipare de vingt-trois ans entre à la clinique le 13 novembre 1911.

Dernières règles du 27 au 31 août 1911.

A la suite d'une collision en véhicule et d'une grande frayeur, la malade, quoique n'ayant pas été atteinte, perd du

sang, ce qu'elle fait irrégulièrement depuis cette date (29 octobre 1911).

12 novembre. — Après quelques douleurs elle expulse un gros caillot.

Le jour de son entrée vers 3 h.1/2 fortes douleurs qui vont en augmentant ; elle entre vers 5 heures.

A l'examen la malade continue à perdre, on trouve dans le vagin et enserré par le col une masse molle que l'on extrait ; c'est un placenta du poids de 70 grammes.

Pas d'hémorragie consécutive, température 36°7.

14 novembre. — A midi, on fait un curettage avec la curette de Cuzzi, tamponnement après iodage.

16 novembre. — La température remonte à 38 degrés, ce qui paraît être dû à une légère angine.

20 novembre. — La malade sort sur sa demande en bon état.

OBSERVATION XIV

Avortement. — Pertes consécutives.
Curettage. — Guérison

Femme âgée de quarante-quatre ans, primipare, entre le 30 janvier 1912 pour des hémorragies sur le conseil de son médecin.

Les dernières règles datent du 15 au 20 août 1911. Le 20 octobre perte abondante avec membrane, caillots, débris fœtaux, douleurs, etc...

Ces pertes ont duré sept à huit jours assez abondantes, puis pendant trois mois la femme a continué à avoir de

petites hémorragies bien qu'elle restât couchée prenant des injections.

Actuellement elle ne perd presque pas, mais elle se plaint de vives douleurs, diurnes et nocturnes dans le côté gauche et la région lombaire.

Pas d'adénopathie, pas d'œdème des membres inférieurs.

A la palpation, douleur dans l'hypochondre gauche et un peu dans la fosse lombaire gauche du côté de la symphyse sacro-iliaque.

Dilatation, curettage à la curette de Cuzzi.

La malade sort le 7 février en bon état.

OBSERVATION XV (1174)

Avortement.— Hémorragies par rétention placentaire. Légère infection. —Curettage. — Guérison.

Femme de vingt-huit ans, troisième grossesse, entre à la clinique le 3 août 1911 ayant fait un avortement de deux mois et demi en ville.

A son entrée, température 37°7.

A l'examen: caillots dans le vagin, col perméable à l'orifice externe.

On fait un tamponnement utérin suivi de tamponnement vaginal ; mais la femme perdant abondamment malgré ce tamponnement, on le retire. Sur les tampons se trouvent des caillots et des débris placentaires. Curage digital, puis curettage à la curette de Cuzzi. Nettoyage complet. Iodage

Le lendemain la température est tombée à 37 degrés. Malgré une angine les jours suivants, la malade sort en bon état le 16 août.

II

Rétentions avec infections

OBSERVATION XVI (515)

Rétention placentaire. — Suite d'avortement. — Hémorragie considérable. — Curage digital. — Curettage. — Guérison.

Femme de trente ans, troisième grossesse. Dernières règles le 21 janvier 1911.

Hémorragie subite le 30 mars, très abondante, expulsion d'un fœtus.

Continuant à perdre, elle entre à la clinique. Col béant. On sent le placenta à l'entrée. Comme malgré son ablation la malade continue à perdre, on fait un curage digital, suivi d'un curettage à la curette de Cuzzi et d'un badigeonnage iodé. Tamponnement. Après le curettage, pouls : 120, pas de température. Suites normales. Sort en bon état le 9 avril.

OBSERVATION XVII (979)

Rétention placentaire.— Hémorragies abondantes.— Curettage. — Guérison.

Femme de vingt-sept ans, troisième grossesse. Dernières règles du 17 au 22 mars.

26 juin. — Première hémorragie. Repos au lit.

Malgré cela, les pertes augmentant, elle entre à la clinique le 28 juin.

Examen. — Température 37°3, pouls : 96.

Au toucher, on ramène quantité de caillots entourant le placenta et l'embryon qui se trouvaient dans le vagin.

Le col est perméable. On sent avec le doigt quelques débris placentaires persistants. Aussi décide-t-on de faire un curettage à la curette de Cuzzy que l'on termine par le passage d'une petite curette fenêtrée. Suites normales.

Sort en bon état le 8 juillet.

OBSERVATION XVIII (867)

Avortement. — Hémorragie. — Curettage

Quarante-trois ans, dixième grossesse. Entre le 6 juin 1911 à la clinique pour hémorragies.

On l'examine à 2 heures du soir. Col en voie d'effacement perméable au doigt.

Tamponnement ; l'hémorragie cesse.

7 juin. — M. Bar examine la malade décide un curettage. Evacuation de l'utérus à la curette de Cuzzi après dilatation.

Suites normales. Sort en bon état.

OBSERVATION XIX

Avortement. — Hémorragie. — Curettage.— Guérison

Femme de vingt-six ans, cinquième grossesse.

Dernières règles du 10 au 18 février.

Entre à la clinique le 25 juin à la suite d'une hémorragie subite en descendant un escalier.

Expulsion d'un fœtus. L'hémorragie persiste et quand elle arrive, sa température 36 degrés, pouls : 100.

Curage digital immédiat, curettage à la curette de Cuzzi écouvillonnage à la compresse iodée, tamponnement.

Suites normales.

Sort le 4 juillet en bon état.

OBSERVATION XX (206)

Infection suite de rétention placentaire. — Curettage. — Guérison

Malade entrée le 7 février 1912 à la clinique Tarnier à midi avec une température à 39 degrés, de grands frissons.

Mise en observation.

Dans la soirée, à 6 heures, subitement la malade se met à délirer avec frissons, si bien que l'on pense à une méningite

cérébro-spinale (M. Chirié) et on fait une ponction lombaire qui ramène quelques gouttes de liquide clair.

On ordonne des bains toutes les quatres heures, que l'on est obligé de suspendre, la patiente se trouvant plus malade après.

8 février. — A 7 h. 1/2 on essaye de nouveau un bain après lequel elle a un violent frisson et une température à 41°4. Une heure après température 39. A 9 heures on refait une nouvelle ponction lombaire qui ramène deux ou trois gouttes de liquide clair.

A 5 heures du soir, expulsion spontanée d'un embryon de deux mois environ. Ceci décide l'intervention, et le 9 février on pratique un curettage à la curette de Cuzzi sans anesthésie, curettage qui ramène un placenta de deux mois.

Badigeonnages à la teinture d'iode, tamponnement utérin. Après le curettage la température est à 38 degrés ; à 4 heures le tampon est retiré. Odeur fétide, injection de liqueur de Labarraque.

10 février. — Même traitement, les lochies restent fétides jusqu'au 13, la température qui est encore à 39 degrés le 10 tombe 37°9 le 11, à 37 le 12, l'état s'améliore et la malade part chez elle un bon état le 17 février.

OBSERVATION XXI (278)

Infection suite de rétention de débris placentaires. — Curettage aux curettes de Cuzzi et de Sims. — Guérison

La malade a été envoyée à la clinique le 19 février 1912 à midi par son médecin qui pense qu'il est resté dans l'utérus

des débris placentaires reste d'une fausse couche de deux mois et demi.

Pendant la grossesse, la malade a eu de temps à autre quelques pertes sanglantes.

Le 12 février, dit-elle, quelques douleurs, expulsion de caillots, l'œuf est expulsé le jeudi 15 à midi.

Le lendemain 16 la femme est prise de violents maux de tête, frissons, douleurs abdominales.

Des injections au permanganate ordonnées par le médecin n'amènent rien et on l'envoie à l'hôpital.

A son entrée, température 30°6, col légèrement ouvert permettant de sentir des débris placentaires, utérus petit, indolore, rien dans les culs-de-sacs. Sous anesthésie on passe successivement les curettes de Cuzzi et de Sims qui ramènent les débris placentaires ; Iodages, tamponnement que l'on retire le lendemain à 4 heures du soir.

Les jours suivants les lochies sont peu abondantes sans odeur, suites normales. La malade sort guérie le 25 février. La température qui était le 19 de 38°6 est montée après le curettage à 39°4 pour redescendre dès le 20 et être à 36°9 le 21.

OBSERVATION XXII (355)

Rétention de petits débris et infection légère.
— Curettage et guérison

Secondipare, âgée de vingt-cinq ans, entre le 7 mars 1912. Dernières règles du 22 au 26 novembre.

24 janvier. — La malade perd des caillots ; on lui ordonne le repos, les injections chaudes ; huit jours après nouvelles pertes. Le 7 mars elle expulse chez elle un embryon de trois mois environ *sans perdre de sang*. A 1 heure du soir elle entre à la clinique. Température 38°1 Pouls, 124. Le 8 mars au matin, température 37°5. La malade ne perd pas. A l'examen le doigt franchit facilement le col, on y reconnaît un bout de cordon et on ne peut pénétrer que difficilement dans le corps. L'utérus est en rétroversion et on ne peut le redresser. On endort la malade et le doigt franchit alors un col très long suivi d'un canal également long, et ce n'est qu'en exerçant des tractions sur une pince, et en pressant sur le fond de l'utérus, que le doigt introduit dans le col arriva sur une petite cavité où l'on sent de petits débris placentaires. On curette à la curette *mousse* avec prudence, ramène quelques débris et on fait un tamponnement. L'utérus saigne légèrement.

On doit noter la longueur de l'utérus et la difficulté que l'on a eu à sentir le corps.

9 mars. — La température est encore à 37°9, après ablation du tamponnement et lavages M. le professeur Bar tombe dans une cavité assez large où il sent le placenta et au delà de laquelle il en existe une autre qui est vide. Curettage à la *curette de Cuzzi*. On retire assez facilement le placenta.

Suites normales. Le 17 mars la malade sort guérie.

OBSERVATION XXIII (1098)

Infection après accouchement. — Curettage. — Guérison

Primipare, âgée de vingt ans, entre à la clinique le 20 juillet 1911, elle a accouché le 13 juillet en ville, depuis lors elle a présenté de la température. A son entrée température 40°2.

21 juillet. — Température 39°8. Col largement ouvert. Utérus à l'ombilic ; douleurs au niveau des deux cornes, l'utérus est en anté-flexion. On commence par donner des injections intra-utérines et on fait un écouvillonnage, puis un curettage. Pendant les jours suivants injections vaginales, mais brusquement, le 26 juillet, rétentions lochiales, l'utérus contient environ un verre de pus. Température remonte à 41 degrés. Nouveau curettage *à la curette de Cuzzi*. L'utérus est légèrement coudé, largement perméable. Iodage, injection intra-utérine. Les jours suivants la température reste à grandes oscillations. Le 5 septembre la malade fait un nouvel abcès ouvert par M. Chérié, traité comme précédemment, puis un abcès à la jambe marque d'une infection générale. Sort le 25 septembre 1911 en bon état.

OBSERVATION XXIV (1638)

Rétention placentaire. — Infection. — Curettage. — Guérison

Femme âgée de trente-trois ans, à sa troisième grossesse ; entre à l'hôpital le 26 octobre 1911. Elle a fait une fausse

couche dans la nuit du 23 au 24. Après expulsion d'un fœtus, le 25 au matin, le médecin lui a fait la délivrance artificielle, mais craignant qu'il ne reste des débrls placentaires il l'envoie à la clinique Tarnier.

A son entrée température 39 degrés, pouls 140, phénomènes qui peuvent être expliqués par la présence d'une angine; néanmoins, le 26 octobre, on lui fait un curettage à la curette de Cuzzi suivi d'un écouvillonnage et iodage. Suites normales. Guérison.

OBSERVATION XXV

Infection post abortum. — Hémorragie. — Rétention placentaire

Malade ne parlant pas français; pas de renseignements. Entre à la clinique 18 avril 1911 après un avortement fait en ville. La malade perd du sang en abondance. Température 38°6.

On donne à la malade 1 gramme de quinine en deux fois à une heure d'intervalle. La température tombe à 37°9.

20 avril. — La malade perd toujours abondamment; la température reste toujours à 37°9.

Examen local. — Utérus dur, contracturé, en antéversion, fermé, du volume d'une grossesse de deux mois environ.

Anesthésie, dilatation aux bougies de Hégar. Le col s'ouvre très facilement. On décolle au doigt une masse de caillots et de placenta du volume d'une petite mandarine. On termine ensuite par un curettage à la curette de Cuzzi.

Lavages, à la solution iodo-iodurée. Tamponnement utéro-cervico-vaginal. Dès le 21 la température tombe à 37°2, le 22 à 37, et la malade sort après des suites normales et sur sa demande le 22 avril.

OBSERVATION XXVI (1242)

Avortement. — Infection. — Évacuation de l'utérus Curettage. — Guérison

Femme de quarante ans à sa quatrième grossesse.

Entre le 16 août 1911 en plein avortement d'une grossesse de trois mois environ, avec de fortes contractions et une température de 40°4.

Le col est perméable. On hâte l'avortement en évacuant l'utérus. Curettage à la curette de Cuzzi, suivi d'un écouvillonnage. Badigeonnage à la teinture d'iode. Tamponnement. La température tombe dès le lendemain. Injections à l'eau oxygénée.

Suites normales. Sort le 24 août en bon état.

OBSERVATION XXVII (1944)

Rétention placentaire.— Infection.— Curettage. — Guérison

Malade à sa seconde grossesse. Entre le samedi 16 décembre 1911 à 5 heures du soir.

Le jeudi 14 (l'avant-veille), elle a fait une fausse-couche de trois mois et demi environ, en ville, et dont le premier

temps seul est accompli. Le placenta tout entier est retenu.

A son entrée, température 38°8. Utérus largement perméable. Au moyen du curage digital on décolle le placenta inséré sur la face antérieure et un peu à droite, et par expression on recueille en même temps placenta et membranes.

On fait ensuite un curettage à la curette de Cuzzi pour enlever les débris muqueux. Tamponnement utérin.

Dès le lendemain, 17 décembre, la température est tombée à 37 degrés et la malade sort le 25 décembre 1911 en bon état.

OBSERVATION XXVIII (1863)

Rétention placentaire. — Hémorragies. — Infection

Femme de trente-six ans, modiste, a eu ses dernières règles du 5 au 10 septembre 1911, vient consulter à la clinique pour pertes de sang survenues à la suite d'une chute le 24 novembre.

Malgré le repos au lit ordonné, les pertes continuent.

2 décembre. — Elle entre à la clinique avec une température de 38°8. On l'admet à l'isolement ; dès son arrivée elle est prise de syncopes ; on la couche et on la réchauffe.

Dans la nuit du 2 au 3 elle expulse sans douleurs un embryon, mais pas les membranes, sauf quelques bribes de chorion et des caillots de sang.

A la suite, la température tombe, l'hémorragie s'arrête, l'état général est bon ; l'utérus mou, non douloureux, à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

4 décembre. — La malade perd des caillots et des débris de membranes.

5 décembre. — Au soir l'état s'aggrave subitement. Pertes abondantes, menaces de syncope ; injections chaudes. On pratique le toucher. Le placenta est en partie décollé. On achève le décollement. La malade ne perd pas. Sérum : 500 grammes. Injection d'éther.

A 5 heures, curettage avec la curette de Cuzzi qui ramène des débris. Iodage. Tamponnement.

6 décembre. — L'état général s'améliore ; les suites sont normales, la malade sort en bon état le 12.

OBSERVATION XXIX (1466)

Avortement de trois mois. — Rétention placentaire Infection

Femme de vingt-six ans ; deuxième grossesse, entre le 25 septembre 1911 à la clinique, ayant fait la veille un avortement d'environ trois mois.

La délivrance étant incomplète, la température à 38 degrés, on la mène à Tarnier où, le 26, on lui fait un curettage à la curette de Cuzzi, suivi d'écouvillonnage à la compresse.

La température tombe immédiatement, Néanmoins, et par précaution, les jours suivants on lui fait des injections à la liqueur de Labarraque. On lui met de la glace sur le ventre. Elle sort le 14 octobre n'ayant conservé qu'un peu de cystite.

OBSERVATION XXX (1481)

Avortement. — Rétention du délivre. — Infection

Femme de vingt-six ans, quatrième grossesse, entre le 26 septembre à la clinique. Elle a fait la veille un avortement de trois mois en ville, dont le premier temps seul est fait.

La délivrance n'étant pas faite et la malade ayant 39°1, on la mène à la clinique.

A l'examen on trouve les membranes et le cordon dans le vagin. Col fermé. Injection intra-utérine de 2 litres de liqueur de Labarraque qui ramène quelques débris. A minuit la malade perdant du sang, on la curette à la curette de Cuzzi, curettage suivi d'une injection intra-utérine à l'eau iodée. Suites normales. Sort le 7 octobre en bon état.

OBSERVATION XXXI (1081)

Avortement. — Rétention placentaire. — Infection
Curettage. — Guérison

Primipare de dix-huit ans, entre le 18 juillet 1911 à l'isolement. Elle a fait un avortement le 23 juin et ignore, dit-elle, la cause, ainsi que la date de ses dernières règles.

A son entrée, température 38°3. Utérus gros comme une mandarine, col complètement fermé.

19 juillet. — Dilatation poursuivie le 20 avec des laminaires. Le 21, dilatation aux bougies d'Hégar. Curettage à

la curette de Cuzzi qui ramène des débris de caduque épaissie. Iodage de la cavité. Glace sur le ventre. Injections vaginales. Suites normales. Sort le 30 en bon état.

OBSERVATION XXXII (970)

Avortement. — Infection. — Curettage. — Guérison

Primipare de vingt ans, entre à la clinique le 25 juin.

Dernières règles du 27 au 31 mars.

Le jour de son entrée a ressenti de fortes douleurs. A son entrée température 39 degrés.

A l'examen : col long, souple, fermé aux deux orifices.

26 juin. — Pose de laminaires.

27 juin. — On enlève les laminaires. Tamponnement vaginal. La malade a toujours de fortes douleurs. On la transporte sur la table d'opération.

Le fœtus est dans le vagin; on l'extrait.

Le placenta est en partie décollé, et la femme perdant on fait un curettage à la curette de Cuzzi suivi d'une injection intra-utérine. Tamponnement.

Suites normales. Part le 6 juillet 1911 bien portante.

OBSERVATION XXXIII (748)

Avortement. — Infection par rétention placentaire. — Curettage. — Guérison

Femme de vingt-quatre ans, entre à la clinique le 11 mai 1911.

Dernières règles du 9 au 13 janvier.

2 mai. — La parturiente commence à perdre un peu d'eau.

7 mai. — Douleurs utérines avec perte de sang. Une sage-femme constate que l'œuf est engagé dans le col.

Le fœtus est expulsé le 9 mai. Injections vaginales matin et soir.

Malgré cela le 11 mai, la température s'élève. La délivrance n'est pas faite.

A son entrée température 40 degrés. Pouls 136.

Le placenta est dans la cavité utérine, en partie décollé. On le retire, puis on fait un curettage à la curette de Cuzzi, qui ramène tous les débris.

Injection iodo-iodurée, tamponnement.

Les jours suivants la température tombe à 37 degrés pour remonter deux jours après à 38 et revenir définitivement à 37 degrés. Les lochies légèrement fétides les premiers jours perdent leur odeur sous l'influence d'injections à l'eau oxygénée et de la glace sur le ventre.

21 mai. — La patiente sort en bon état.

OBSERVATION XXXIV (814)

Accouchement. — Infection. — Curettage. — Guérison

Femme de vingt ans. Première grossesse. Dernières règles du 15 au 18 août 1910.

25 mai 1911. — Elle a accouché en ville chez une sage-femme à 9 heures du matin. Peu après délivrance.

Le troisième jour après les couches élévation de la température. Elle entre le 27 mai à l'isolement avec température 39°7.

Au toucher on sent quelques débris. Curettage à la curette de Cuzzi. Injections à l'eau oxygénée. Glace sur le ventre.

La température tombe très vite.

La malade sort guérie le 21 juin.

III

Rétentions placentaires

OBSERVATION XXXV (55)

Rétention placentaire. — Curettage. — Guérison

Primipare âgée de vingt-deux ans. Dernières règles le 15 novembre. Entrée à l'hôpital le 11 janvier 1912.

Dans la nuit précédente, elle a eu une perte de sang peu considérable.

Le lendemain, à son entrée à 3 h. 30 du soir, perd toujours un peu de sang.

A l'examen, utérus développé comme pour une grossesse de deux mois et demi. Col long, ouvert dans toute son étendue. On sent l'œuf dans le col, on le recueille aseptiquement.

Cependant on trouve encore quelques débris adhérents ; on en enlève quelques-uns avec le doigt. On décide de faire le curettage, ne pouvant tout avoir. Curettage avec la curette de Cuzzi ; ramène quelques débris adhérents, surtout à la face antérieure et au fond.

Sort en bon état le 22 janvier.

OBSERVATION XXXVI

Rétention placentaire. — Curettage. — Guérison

Femme de trente-six ans à sa troisième grossesse; entre à la clinique Tarnier le 15 mars 1911.

Dernières règles le 25 décembre.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, la malade a eu d'assez vives douleurs abdominales sans pertes, douleurs qui ont disparu sous l'influence d'injections chaudes.

Elles reprennent le 14 mars. La malade expulse des caillots et du sang liquide en abondance. Les pertes continuant, le 15 mars la malade entre à l'hôpital.

Examen. — État général assez bon. Température 37°6. Pouls 104. Col ouvert. Utérus mou gros comme le poing.

On sent sur la face antérieure de l'utérus un noyau fibromateux. La cavité utérine semble contenir un œuf incomplet, décollé. Curage digital ramène de gros débris qui pendent dans le col; mais on ne peut extraire le tout et on fait un curettage à la curette de Cuzzi qui ramène de nombreux débris. Badigeonnage à la teinture d'iode. Le lendemain bon état, et la température est retombée à 37 degrés. La malade part chez une sage-femme.

OBSERVATION XXXVII (487)

Hémorragies. — Expulsion d'un fœtus mort et macéré. — Curettage. — Guérison

Secondipare, âgée de vingt-trois ans, entre à la clinique le 11 avril 1912.

Dernières règles à la fin de novembre. Grossesse normale pendant les deux premiers mois. Au commencement du troisième mois, la femme a perdu de l'eau jaunâtre, puis du sang au bout de deux à trois jours.

Depuis deux mois elle perd presque continuellement.

Femme pâle, anémiée. Utérus développé comme pour une grossesse de quatre mois. Col fermé,

Pouls et température normaux.

A 11 heures, le soir de son arrivée, la femme perd de gros caillots et a un frisson. Compresses chaudes sur le ventre.

A 3 heures du matin, on appelle le moniteur de garde. Expulsion d'un fœtus mort et macéré du poids de 320 grammes.

Le lendemain, à 2 h. 30 du soir, le placenta étant encore retenu dans l'utérus, on fait (Metzger) la préhension manuelle, suivie d'un curage digital et complétée par un curettage à la curette de Cuzzi. Badigeonnage à la teinture d'iode. Suites normales. La malade sort guérie le 20 avril.

OBSERVATION XXXVIII (296)

Métrite hémorragique. — Curettage. — Guérison.

Femme âgée de trente et un ans, entre le 16 février 1912. Depuis quatre ans elle a des pertes de sang et des pertes blanches abondantes, et souffre habituellement du ventre.

A ce moment elle a eu une métrorragie qui dure un mois. Depuis les règles sont irrégulières, douloureuses, abondantes, et durant longtemps.

Enfin depuis six mois la malade accuse une douleur dans la fosse iliaque droite.

Les dernières règles datent du 28 janvier au 8 février.

Examen à l'entrée. — Femme anémiée. Température 37 degrés. Pas de lésions cardiaques ou pulmonaires, ventre souple. Fosse iliaque droite douloureuse au niveau du cæcum.

Au toucher : utérus petit, un peu mou, allongement de la partie sus-vaginale du col.

Après cinq jours d'observations, repos et injections, on pose les 22, 23 et 24, des laminaires.

25 février. — La malade est anesthésiée ; on introduit la main dans l'utérus ; la cavité est lisse et régulière, mais longue de 12 centimètres. Rien de particulier. Curettage à la curette de Cuzzi. Badigeonnage iodé. La malade sort en bon état le 7 mars.

OBSERVATION XXXIX (1220)

Rétention placentaire. — Suites d'avortement.
Fœtus macéré. — Curettage

Femme de vingt-sept ans, entre à l'hôpital le 9 août 1911. Quatrième grossesse. Avortement de trois mois dont le premier temps a été fait en ville le 6 août 1911. Il est sorti un fœtus macéré avec un fragment placentaire. A son entrée, elle perd un peu, pas de température (37°2). Col fermé, utérus du volume d'une orange. On pose une laminaire.

10 août. — Pose de deux nouvelles laminaires.

11 août. — Le col est suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de deux doigts.

Le placenta est inséré près de la corne droite. Le curage digital ne permet d'enlever que des débris et des caillots. On enlève le placenta à la curette de Cuzzi. On termine en passant la curette de Sims. Injection intra-utérine iodée. Suites normales. Sort le 17 août sur sa demande.

OBSERVATION XL (1385)

Rétention placentaire. — Curettage. — Guérison

Femme de trente-trois ans, étrangère, quatrième grossesse. Entre le 9 septembre 1911 perdant un peu de sang.

Elle a fait un avortement de trois mois environ en ville. Pas d'autres renseignements.

Examen. — Col très peu ouvert. Utérus distendu comme pour une grossesse de trois mois. Dilatation extemporanée de l'utérus aux bougies de Hégar. On curette à la curette de Cuzzi qni ramène de nombreux débris placentaires. Badigeonnages à la teinture d'iode. Suites normales. Sort le 18 septembre guérie.

OBSERVATION XLI (1227)

Avortement. — Extraction d'un fœtus mort. — Curettage. — Guérison

Femme de vingt ans, à sa troisième grossesse, entre le 13 août 1911 parce qu'elle perd du sang.

Dernières règles le 20 avril. La malade est en train de faire un avortement. Pas de température.

Examen. — Col largement ouvert, perméable dans toute son étendue, permettant d'extraire un fœtus mort de 220 grammes, après tractions.

Pour la délivrance on curette à la curette de Cuzzi qui ramène le placenta presque entier de 140 grammes. Injection intra-utérine iodée. Suites normales. Sort en bon état le 21 août 1911.

OBSERVATION XLII (528)

Avortement de trois mois. — Double cavité utérine. Curettage. — Guérison

Femme de vingt-sept ans, à la seconde grossesse, entre le 19 mars 1911 à 8 heures du soir perdant un peu. Température 37°4. Dès son entrée on fait sortir, en même temps qu'un gros caillot, une tête de fœtus de trois mois. L'utérus remonte à mi-chemin de l'ombilic. Après l'expulsion du fœtus on constate que le corps utérin est divisé en deux parties. Une partie ramollie de la grosseur d'une mandarine. L'autre, beaucoup plus dure, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Quelques caillots dans le vagin, col long, perméable, un peu dur.

On examine la malade sous chloroforme. Col unique avec deux portions divergentes intra-abdominales : l'une, dure à droite plus volumineuse : l'autre molle à gauche, un peu en avant.

Après dilatation aux bougies de Hégar, on sent qu'il s'agit

de deux cavités séparées par un éperon. Avec la curette de Cuzzi on nettoie la cavité gauche d'où on ramène d'abord des débris, puis toute la masse placentaire. La cavité droite nettoyée avec une petite curette ne contient rien.

Badigeonnage à la teinture d'iode. Suites normales.

26 mars. — L'utérus étant revenu sur lui-même, on trouve un col unique et deux cornes divergentes.

La malade sort en bon état le 27 mars.

OBSERVATION XLIII (1917).

Rétention placentaire avec hémorragies persistantes

Femme de vingt-huit ans, troisième grossesse ; entre le 14 décembre 1911 pour hémorrhagies persistantes après avortement.

État général bon. Dernières règles du 23 au 28 septembre 1911.

A la fin du mois d'octobre, elle aurait fait une chute dans l'escalier. Quelques jours plus tard, hémorrhagie ; elle perd du sang en petite quantité jusqu'au 10 novembre où l'hémorrhagie augmente et devient très abondante, en même temps expulsion d'un œuf. La sage-femme appelée à ce moment, ne peut dire si l'œuf est complet.

Depuis lors, on a fait des injections chaudes à l'eau oxygénée, sans résultats.

Examen. — Utérus augmenté de volume en antéversion très mobile, mou. Col ouvert à l'orifice externe qui permet l'introduction du peti doigt.

15 et 16 décembre. — On pose des laminaires.

17 décembre. — Dilatation aux bougies d'Hégar. Curettage à la curette de Cuzzi ; ramène quelques débris muqueux. Badigeonnage de la cavité utérine. Suites normales. La malade sort guérie le 24 décembre.

OBSERVATION XLIV (1984).

Rétention placentaire. — Curettage. — Guérison

Femme de vingt-six ans, à la quatrième grossesse. Les trois premières ont été à terme.

Entre le 30 décembre 1912.

Les dernières règles datent du 1er novembre.

Il y a huit jours, elle a fait une chute dans les escaliers et a été prise de douleurs.

Amenée à midi à la clinique, elle fait à 3 heures de l'après-midi une fausse couche. Mise en observation. Température, 37°6. Bon état général.

31 décembre. — Curettage. La curette de Cuzzi ramène des débris placentaires et de la caduque. On termine en râclant très légèrement avec la curette fenêtrée. Injection intra-utérine iodée.

La malade sort en bon état le 10 janvier.

OBSERVATION XLV (98)

Métrite et périmétrite. — Suites de rétention placentaire Curettage. — Guérison

Femme de vingt-huit ans, à sa deuxième grossesse, entre à la clinique le 4 janvier 1912.

18 décembre. — Elle a fait une fausse couche de deux mois et depuis lors elle perd en rouge et en blanc.

Elle accuse des douleurs dans les deux fossses iliaques avec irradiations lombaires.

Au toucher, l'utèrus est en antéversion légère.

Les culs-de-sac sont empâtés, douloureux.

L'utérus est immobilisé. Température 37 degrés.

8 janvier. — Malgré la glace sur le ventre et les lavements chauds, la température remonte à 37°9. La malade perd quelques gouttes de sang.

15 janvier. — L'état général est meilleur localement. Utérus gros, mou, mobile mais complètement libéré. On ne sent pas les annexes.

16 janvier. — On décide de faire un curettage, dilatation.

Curettage à la curette de Cuzzi, le 18 juillet, on ramène des débris muqueux.

27 janvier. — La malade sort en bon état.

OBSERVATIIN XLVI

Rétention après accouchement. — Curettage. — Guérison

Secondipare de vingt-quatre ans accouchée et délivrée en ville le 20 juillet. On l'envoie le 21 à la clinique Tarnier pensant qu'il est resté des débris et des membranes. Température 37°2.

22 juillet. — Curage digital. Puis curettage avec la curette de Cuzzi qui ramène des débris et des caillots.

Les jours suivants, craignant l'infection, injections vagi-

nales, glace sur le ventre. Suites normales. La malade quitte l'isolement le 30 juillet en très bon état.

OBSERVATION XLVII (1008).

Rétention placentaire. — Hémorragie. — Curettage

Femme de vingt-cinq ans, quatrième grossesse, s'est fait avorter avec une injection intra-utérine d'eau bouillie.

Elle entre le 3 juillet à 11 heures du matin, car, depuis cette époque, elle perd du sang d'une façon continue. Elle ne peut donner la date de ses dernières règles.

Examen. — Température 37°4. Col largement perméable, utérus en rétroversion. Le doigt introduit dans le col sent des débris de caduque et en ramène :

Nettoyage à la curette de Cuzzi. Sérum 250 grammes en trois fois. Injections vaginales d'eau oxygénée les jours suivants.

Sort le 15 juillet en bon état.

OBSERVATION XLVIII (1024)

Rétention d'un œuf. — Curettage. — Guérison.

Femme de vingt-cinq ans, deuxième grossesse.

A eu ses dernières règles du 15 au 22 mai.

4 juillet. — Douleurs lombaires, pertes de sang sans que la malade indique de raisons valables.

A la suite, hémorrhagies persistantes avec caillots.

Pas de température. A l'examen, col entr'ouvert avec œuf dans le col.

7 juillet. — Curettage à la curette de Cuzzi ramène de nombreux débris placentaires.

Pas d'embryon. Badigeonnage à la teinture d'iode. Suites normales. Sort guérie.

OBSERVATION XLIX (1028)

Rétention de débris placentaires. — Légère infection après l'avortement. — Curettage. — Guérison

Femme de vingt-quatre ans. Seconde grossesse, entre le 6 juillet 1911 à Tarnier. Dernières règles du 20 avril au 5 mai.

Le jour de son entrée, elle a été prise de douleurs et d'hémorrhagies. Le 7 juillet, à l'examen, col long fermé. La malade perd du sang.

A 11 heures, on trouve dans le vagin un œuf complet de 100 grammes. On se borne à faire des injections vaginales. La malade perdant seulement des glaires sans odeur.

10 juillet. — La température remonte à 38°4, ce que voyant, on pose une laminaire.

11 juillet. — La dilatation étant suffisante, curettage à la curette de Cuzzi. Badigeonnage iodé, injections intra-utérines, glace sur le ventre. Suites normales.

Elle sort sur sa demande le 16 juillet 1911.

OBSERVATION L (1194)

Avortement. — Rétention de débris placentaires

Secondipare de vingt-sept ans, entre à la clinique le soir, le 7 août 1911, ayant fait un avortement de trois mois en ville, suivi d'une hémorragie à peu près arrêtée.

Col dilaté à 2 francs, obstrué par un fragment placentaire que l'on retire par expression abdominale.

A 10 heures du soir curettage à la curette de Cuzzi. Injection intra-utérine iodo-iodurée.

Sort dès le 13 malgré les observations qui lui sont faites.

OBSERVATION LI (1191)

Rétention de petits débris. — Légère infection
Curettage

Femme de trente-quatre ans, sixième grossesse, a fait un avortement de trois mois en ville le 22 juillet 1911.

On l'amène à la clinique le 7 août 1911 parce qu'elle perd du sang.

A son entrée, température 37°6.

Utérus tout petit, incliné à droite. Légère induration du côté droit.

Traitement. — Expectation. Injections vaginales d'eau oxygénée. Glace sur le ventre.

12 août. — Pose de laminaires.

13 août. — Curettage à la curette de Cuzzi qui ramène des débris. Écouvillonnage. Iodage de la cavité. Température après le curettage 37 degrés.

La malade sort le 19 août sur sa demande en bon état.

OBSERVATION LII (1278)

Avortement. — Rétention placentaire. — Curettage Guérison

Femme de dix-neuf ans, deuxième grossesse. Entre le 8 août 1911 à la clinique parce qu'elle perd des eaux rousses puis du sang et des caillots depuis le commencement de l'après-midi. Température 36°3. Ventre douloureux.

Col long, entr'ouvert à l'orifice externe. La malade perdant peu on se contente de l'expectation et lavements laudanisés.

10 août. — Les douleurs ont cessé.

14 août. — La malade part chez elle. Elle n'a plus eu de pertes pendant son séjour au dortoir.

21 août. — Elle revient avec la poche des eaux rompue. Peu de douleurs.

23 août. — Expulsion d'un fœtus de 380 grammes à 3 h. 1/2 du matin.

La délivrance ne s'étant pas faite à 2 h. 30 de l'après-midi, on curette à la curette de Cuzzi qui ramène le placenta par débris (140 gr.). Iodage.

Suites normales. Sort le 3 septembre guérie.

OBSERVATION LIII

Avortement. — Rétention placentaire. — Curettage
Guérison

Femme de trente et un ans à sa cinquième grossesse. Dernières règles au mois de mars, entre le 14 juillet à la clinique.

Pendant sa grossesse a eu d'abondantes pertes blanches.

12 juillet. — Sans cause, fait une fausse couche.

Elle entre avec une rétention placentaire complète. Température 37°5.

Examen. — Col largement ouvert, laisse pénétrer le doigt qui ramène des débris.

Après avoir cherché en vain à vider l'utérus par expression, on emploie la curette de Cuzzi qui ramène le placenta par fragments minces en entier. Écouvillonnage. Iodage. Tamponnement.

Suites normales. Sort le 23 juillet en bon état.

OBSERVATION LIV (985)

Avortement. — Rétention placentaire. — Curettage
Guérison

Femme âgée de vingt-sept ans, à sa troisième grossesse, entre à la Clinique le 29 juin 1911.

Dernières règles du 10 février.

11 juin. — Elle a une très légère hémorragie mêlée de liquide séreux.

Repos au lit, lavements laudanisés.

Néanmoins, le 28 juin, nouvelle hémorragie et expulsion d'un fœtus.

Le placenta étant resté retenu, et la malade ayant des pertes sanguines très légères, on lui fait le 29 juin un curage digital suivi de curettage à la curette de Cuzzi. Injection iodo-iodurée. Tamponnement. Sort guérie.

OBSERVATION LV (920)

Rétention placentaire post abortum. — *Curettage*
Guérison

Femme de trente ans, à sa troisième grossesse, a fait en ville, un avortement de quatre mois et demi. Le premier temps seul est fait.

Elle entre à la clinique le 19 juin, sur le conseil du médecin qui a constaté la rétention placentaire, l'avortement datant du 18.

Extemporairement et sous anesthésie, on fait le curettage à la curette de Cuzzi qui ramène des débris et le placenta. Injection iodo-iodurée. Suites normales. Sort en bon état le 27 juin.

OBSERVATION LV *bis* (883)

Métrite hémorragique — Suite de fausse couche
Curettage. — Guérison

Femme de trente-six ans, à sa septième grossesse, entre à Tarnier le 7 juin 1911.

Au mois d'octobre, elle est restée deux mois sans avoir de règles, puis à partir de janvier commence à perdre, pertes sanglantes avec caillots.

Examen. — Utérus un peu augmenté de volume dur, non douloureux, col dur et rouge.

10 et 11 juin. — On pose deux laminaires. On termine la dilatation aux bougies de Hégar, sous anesthésie (nos 16 à 18).

12 juin. — Le curettage à la curette de Cuzzi ramène une muqueuse fongueuse et épaissie. Écouvillonnage. Iodage.

Suites normales, sort guérie le 21 juin.

OBSERVATION LVI (590)

Avortement.—Extraction du fœtus.—Délivrance artificielle à la curette

Femme de vingt-quatre ans, secondipare. Dernières règles du 20 au 24 janvier 1912.

Évolution normale jusqu'au 1er mai où se produisent des contractions qui augmentent d'intensité.

4 mai. — Perte de sang, la malade entre à la clinique Tarnier.

Température rectale 37°4.

Examen. — Fœtus dans le vagin, col rétracté sur la tête.

On tire sur le pied du fœtus qui s'arrache. Sans insister, on endort la malade.

On pince le col, on introduit deux doigts dans le col, sur lesquels on peut faire glisser une pince tire-balles avec laquelle on saisit la tête et on l'amène en s'aidant de l'expression abdominale.

On termine par la délivrance à la curette de Cuzzi. Iodage. Tamponnement retiré huit heures plus tard.

Actuellement, la malade est en bon état.

CONCLUSIONS

I. Les indications de curettage instrumental de l'utérus sont relativement peu nombreuses en gynécologie :

Certaines métrites hémorragiques (métrites de la ménopause, métrites des fibromes)

Certains cancers hémorragiques ou infectés du col ou du corps.

II. Les indications sont beaucoup plus fréquentes en obstétrique.

Toutes les fois qu'à la suite d'un avortement ou d'un accouchement à terme, il reste des débris placentaires dans l'utérus et qu'apparaissent des accidents (hémorragies, infections), il faut délivrer l'utérus de ces débris :

Si la rétention placentaire est partielle, par le curettage et ses compléments (écouvillonnage, injection intra-utérine chaude et modificatrice, etc...

Si elle est totale, le curettage devra être précédé du curage digital qui seul peut débarrasser l'utérus de la plus grande partie de la masse placentaire.

S'il y a retention sans accident :

De membranes seules, pas de curettage ;

De placenta complet,curage-digital ;

De débris placentaires, curettage de précaution.

III. Les qualités d'un bon curettage sont les suivantes :

a) Être inoffensif ; les utérus mous des suites de couches, les utérus infectés se laissent perforer avec la plus grande facilité. Le curettage ne devra donc ne pas dépasser les courbes profondes de la muqueuse, et ne pas entamer la musculeuse.

Ne pas infecter le parenchyme de l'utérus quand l'infection est encore localisée à l'endomètre.

b) Le curettage doit être utile et pour cela comprendre toute la surface utérine, aussi bien le fond, les angles que les faces et les bords.

Il doit enlever tous les débris placentaires,

4° On en déduit les qualités d'une bonne curette :

a) Pour être inoffensive et ne pas exposer à la perforation utérine, elle doit être large. Mais c'est là un inconvénient dans les petits utérus des avortements précoces où son emploi nécessite alors la dilatation et l'anesthésie. De plus, ces larges curettes nettoient difficilement les bords et surtout les angles utérins. Elle doit avoir un sommet arrondi et mousse. Son arête ne doit pas être trop tranchante.

b) Pour être utile, elle doit pouvoir aller partout, d'où la nécessité dans la plupart des cas d'une curette spéciale, plus petite, pour les angles ; elle doit pouvoir gratter la surface utérine par une large surface, mousse pour ne pas être nuisible. Les curettes pleines ont l'avantage de ramener les débris à la

partie inférieure de l'utérus, les curettes creuses (Sims) conservent leur action du haut en bas de l'utérus, les débris s'évacuant à mesure du grattage.

Donc inoffensive à cause de sa largeur, de son bord mousse, agissant par sa large surface d'action tels sont les caractères d'une bonne curette et tels sont ceux de la curette de Wallich.

5° Mais la curette de Cuzzi a les mêmes avantages que celle-ci et de plus agit comme un véritable écouvillon de l'utérus. Sur sa face convexe en effet, continuellement en contact parfait avec la surface utérine, se trouve une série d'arêtes mousses transversales qui agissent à la façon d'une râpe sur la surface utérine correspondante pendant que le bord mousse qui limite en haut la cuiller agit de l'autre côté à la façon de la curette ordinaire.

Tels sont les avantages de la curette de Cuzzi qui semblent devoir assurer, à cet instrument, une place de choix dans l'instrumentation obstétricale et gynécologique.

Vu : le Président de la thèse,
BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ALLOWAY. — Canada medical and surgical Journal, 1886.

BAR-BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La Pratique de l'art des accouchements. 2 vol. in-8°, 1907.

BASSET. — Septicémie puerpérale atténuée. Thèse de Paris, 1893.

BRUNEAU. — Curettage précoce dans l'infection puerpérale. Thèse de Paris, 1894.

BONNAIRE. — Tribune médicale juin, 1894.

BUMM. — Précis d'Obstétrique, in 8°, 1912. Traduction Pagot.

CASTAN. — Thèse de Montpellier, 1891.

CHALEIX-VIVIÉ et AUDEBERT. — Traitement de l'avortement incomplet. Masson, Paris, 1896, p. 140.

CHARPENTIER. — Curage et écouvillonnage de l'utérus dans l'endométrite septique puerpérale (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1888).

CHARRIER — Du Curettage précoce dans l'infection puerpérale envisagé comme moyen thérapeutique (Archives de Toxycologie et Gynécologie, 1891).

CHARTIER. — Curage utérin dans la septicémie puerpérale Thèse de Paris, 1889.

COÉ. — Société obstétricale de New-York, 1887.

COURTY. — Traité pratique des Maladies de l'utérus, 1891.

CURRIER. — Curettage en gynécologie et obstétrique (Annals of Gynécologie, 1889).

CUZZI. — Ueber eine äbanderung des Stumfen Lœffels zur Entfernung a von Ovular Resten. (Zentrablatt für Gynäcologie. Leipzig, 1909, XXX,III, 649).

Denis. — Curettage précoce dans l'infection puerpérale. Thèse de Paris, 1894.

Despréaux. — Curettage de l'utérus. Thèse de Paris, 1888.

Doléris. — Le Curettage dans le traitement des métrites puerpérales (Journal de Médecine, 1888).

— Archives d'Obstétrique et Gynécologie, mai et juin 1886, février et mars 1897.

Duhrssen. — Archiv für Gynäkologie. Leipzig, 1888.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'Accouchements, 1910.

Flandrin. — Perforation de l'utérus par la sonde. Thèse de Paris, 1895.

Hartwig. — Buffalo medical and Surgical Journal, 1886.

Hirst. — American Journal of Obstetrique, 1887.

Jourdan. — Curettage de l'utérus. Thèse de Bordeaux, 1893.

Homolgorow. — Med. Oboz. Mosk., 1886.

Lucas-Championnière. — Application de la méthode antiseptique aux accouchements. Paris, 1891.

Marmasse. — Du Curettage dans les accidents, suites de couches. Thèse de Paris, 1895.

Pichevin. — Du Curage de l'utérus (Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie, 1890).

Pinard et Wallich. — Semaine médicale, 21 août 1895.

— Traitement de l'infection puerpérale. Paris, Steinheil, éditeur, 1896.

Ploonies. — De l'Emploi de la curette tranchante dans l'endométrite puerpérale (Zentralblätt fur Gynäcologie. Leipzig, 1884.

Récamier. — Union médicale, 1850.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Précis d'Obstétrique, 1904.

Tarnier. — De l'Antisepsie et de l'asepsie en Obstétrique.

Wallich. — Éléments d'obstétriques, 1910.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Chapitre premier. — Historique	13
Chapitre II. — Indications du curettage instrumental	17
Chapitre III. — Technique opératoire et instrumentation	23
Chapitre IV — La Curette de Cuzzi	31
Observations. — Hémorragies *post-abortum*	43
Infections, suites de rétention	55
Rétention placentaire et métrites de la caduque	69
Conclusions	87
Index bibliographique	91